



BUAP

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina

Secretaría de Salud

Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano"

Residencia en Psiquiatría

"Frecuencia de conductas violentas en pacientes internados en hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano"

Tesis presentada para obtener el grado de: Especialidad en Psiquiatría

Presenta:

Víctor Manuel Mendoza López

Médico residente de cuarto año de psiquiatría

Correo electrónico: victor.mendoza.med@hotmail.com

CEL: 4442201502 Matricula:218650084



Asesor experto:

Dra. Minou del Carmen Arévalo Ramírez

Médico psiquiatra

Profesor Investigador en Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Asesor metodológico:

Dr. José Gaspar Rodolfo Cortés Riverol

Cel: 2223904903

Jefa de enseñanza:

Dra. Laura Eréndira Gómez Gómez

Índice

1. Antecedentes

- Antecedentes generales
- Antecedentes específicos

2. Justificación

3. Planteamiento del problema

4. Hipotesis científica

5. Objetivos

- Objetivo general
- Objetivo específico

6. Material y métodos

- Tipo de estudio
- Ubicación espacio-temporal
- Estrategia de trabajo
- Muestreo
 - Unidad de población
 - Criterio de elección de las unidades de muestreo
 - Criterios de inclusión
 - Criterios de exclusión
 - Criterios de eliminación
 - Diseño y tipo de muestreo
 - Tamaño de la muestra
- Definición de variables y escalas de medición
- Método de recolección de datos
- Técnicas y procedimientos
- Análisis de datos
- Discusión

- Conclusión

7.Anexos

- Escala de Agresividad Manifiesta (OAS)

8.Bibliografía

ANTECEDENTES

Antecedentes generales.

Concepto de violencia

La violencia es un concepto que ha formado parte de la historia de la sociedad humana y su desarrollo desde sus inicios, presentándose en diferentes formas y aspectos de esta, así como en todos sus estratos sociales y en las diferentes partes del mundo y sus culturas, desde los sucesos limitados a menor escala social como los casos domésticos o en asaltos, hasta los eventos de mayor escala que involucran comunidades enteras como son las guerras. Sin embargo y aún con lo anterior en cuenta, durante mucho tiempo fue un fenómeno pasado por alto en las consideraciones de la salud pública en la mayoría de los países, lo cual puede atribuirse en gran medida a que careció de una definición clara y general ante las organizaciones sociales y gubernamentales, principalmente por la variedad de códigos morales existentes entre los distintos países y dentro de estos mismos, ya que muchas veces la concepción de lo que son conductas o actos aceptables, o de lo que puede llegar a conformar un daño se ve influenciada ampliamente por la ideología y costumbres locales de las comunidades y sus tradiciones; por lo anterior y de esta forma, en el 2002, en su informe mundial sobre violencia y salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS), busco definir la violencia en forma general como “aquel uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en un grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, la muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Siendo un hecho remarcable a considerar, que, si bien el número de personas que llega a fallecer por causas relacionadas con actos de violencia es elevado a lo largo de todo el mundo, resulta mucho mayor el número de las personas que secundario a la misma sufren algún tipo de heridas de alguna manera y en forma subsecuente a ello acaban por padecer diferentes problemas físicos y mentales, todo esto cobrando una particular relevancia si tomamos en cuenta que todos estos eventos secundarios a la violencia, terminan por provocar a las múltiples economías nacionales cada año una importante carga financiera, que asciende por ejemplo a los miles de millones de

dólares en el caso de los Estados Unidos, ya sea debido a consecuencia de la atención sanitaria, los diferentes gastos judiciales y policiales asociados en la parte de los procesos legales involucrados, así como la pérdida de la productividad de las personas afectadas por la diversa cantidad de daños físicos, sexuales, reproductivos y mentales que llegan a padecer (World Health Organization 2002).

Reportes en todo el mundo demuestran que cada año, alrededor de 1 millón 600 mil personas llegan a perder la vida en una forma violenta o a consecuencia de alguna de las distintas formas de violencia que viven en su entorno como pueden serlo las peleas domésticas, los asaltos o, en casos más específicos, los conflictos bélicos de la región o entre países. Acorde a los datos que proporciona la OMS, la violencia se llega a presentar como una de las principales causas que provocan la muerte en el grupo poblacional con edades comprendidas entre los 15 y los 44 años, ya sea en una forma directa o indirecta, siendo además responsable hasta de un 14% de las defunciones observadas en hombres y del 7% de las defunciones en mujeres. (E Vicens. 2006).

Agresividad y violencia

La agresividad y las diferentes conductas o manifestaciones que están asociadas a ella, han permanecido como uno de los temas de estudio más controvertidos y debatidos dentro de la psiquiatría y otras ciencias de la salud a lo largo de los años. Solamente el intentar llegar a establecer una definición específica del concepto suele ser motivo suficiente para ocasionar diversas contradicciones y desencadenar la aparición de múltiples puntos de vista entre diferentes gremios de médicos psiquiatras de diferentes escuelas a lo largo del mundo. Hasta ahora mayormente ha sido descrito como un comportamiento hostil, con características destructivas y la posibilidad de una consecuente manifestación motora del afecto de enojo o de la hostilidad en relación a estas. Algunas afirmaciones han planteado la idea de que la agresividad es en realidad una manifestación específica de la conducta, más que una emoción propiamente por sí misma y no necesariamente llega a obedecer a la presencia de una necesidad o motivo concreto para desarrollarse; sin embargo, aun

y con lo anterior en cuenta, no se debe descartar que las emociones pueden ser perfectamente parte o no de la conducta agresiva al momento en que esta llega a manifestarse (Martínez-Tenorio et al., 2007). Una de las maneras en las que se ha buscado llegar a comprender el fenómeno de la violencia, es intentar analizar los diferentes factores que influyen en el desarrollo del comportamiento y que pueden incrementar el riesgo de llegar a cometer o padecer actos violentos; sin embargo, debemos partir del entendimiento que los diferentes estudios han ido dejando de que no existe un único factor que sea capaz de explicar por sí solo, el por qué una persona se comporta de manera violenta, mientras que otra en condiciones generales similares no lo hace; se trata de un complejo, entramado de la unión de los diferentes factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que se pueden llegar a presentar en la situación de vida de un individuo. En razón de lo anterior diferentes investigaciones realizadas con grupos de muestras comunitarias demostraron que algunas variables sociodemográficas, como lo son la edad joven, el sexo masculino, encontrarse en un nivel socioeconómico bajo y el estar soltero, se presentaron como indicadores de mayor relevancia en el riesgo de presentar conductas violentas, de lo que fueron las variables clínicas como son el diagnóstico específico y los síntomas de los pacientes. (Amore et al 2008, Biancosino et al 2009). Algunos estudios han buscado enfocar su análisis respecto a las conductas violentas, en la posibilidad de como una reacción de características agresivas llega a ser causada por una interacción entre los rasgos de la personalidad y señales en el entorno del momento que llegan a despertar la agresión; por lo que, tomando de base los estudios de Berkowitz sobre la agresión reactiva o emocional, intentan identificar el papel de las posibles variables de personalidad asociadas al comportamiento agresivo, teniendo el “modelo de cinco factores (FFM)” de Costa y McCrae y el “sistema de inhibición conductual/sistema de activación conductual (BIS/BAS)” de Gray como parte de los ejemplos de teorías prominentes de las dimensiones de la personalidad que sirven de aporte al conocimiento que se tiene del vínculo entre la conducta agresiva y la personalidad, como ocurre con la impulsividad por ejemplo (de Schutter et al 2016).

Teniendo en cuenta estos hallazgos, la OMS busco dividir para su estudio, los posibles factores involucrados en el riesgo de llegar a presentar conductas violentas en cuatro niveles principales (E. Vicens. 2006):

- El primer nivel busca enfocarse en factores biológicos y de la historia personal del individuo, como las características personales (edad, genero), sociodemográficas (educación y el nivel económico), diferentes enfermedades mentales o trastornos de la personalidad, el consumo de sustancias o agentes tóxicos y el contar con antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido algún tipo de maltrato a lo largo de la vida; siendo todos estos básicamente factores individuales que llegan a modular los comportamientos violentos.
- En el segundo nivel se abordan las relaciones más cercanas a los individuos, como son aquellas que mantienen con la familia, amigos, pareja, compañeros y se busca investigar como aumentan éstas el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos.
- En el tercer nivel se exploran los diferentes contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, lugares de trabajo y el vecindario o la comunidad de residencia, intentando de nueva cuenta identificar las posibles características de estos ámbitos que aumentan el riesgo. No quedando duda alguna de que los factores sociales pueden llegar a jugar un papel modulador en el desarrollo humano y en la facilitación o inhibición de las manifestaciones violentas.
- Finalmente, en el cuarto nivel se busca situar a los factores de carácter más general en relación a la estructura de la sociedad y que en conjunto se cree que contribuyen a crear un ambiente en el que se alienta o inhibe la violencia (posibilidad de conseguir armas, el tipo de normas sociales y culturales, etc.).

Antecedentes específicos.

Estigma de la enfermedad mental.

En el contexto de la salud, la organización mundial de la salud define el estigma social como aquella asociación negativa que ocurre entre una persona o grupo de personas las cuales comparten determinadas características de una enfermedad o condición de salud específica, pudiendo llegar a significar esto que las personas en cuestión sean etiquetadas, estereotipadas, discriminadas, tratadas por separado y/o experimentan una pérdida de estatus debido a un vínculo real o imaginario percibido con la enfermedad. Dicho tratamiento puede afectar negativamente a las personas con la enfermedad, así como a sus cuidadores, familiares, amigos y comunidades (World Health Organization 2020). El estigma es un fenómeno que llega a asociarse con muchas enfermedades crónicas, y el cual provoca mucho sufrimiento a quienes son víctimas de él. Aunado a ello, se ha encontrado que posee una serie de diferentes implicaciones indirectas, pero las cuales se tornan fuertemente negativas para los esfuerzos de las múltiples medidas de salud pública por intentar combatir las enfermedades o afecciones en cuestión. Se observó que los efectos en los individuos afectados incluyen la presencia de estrés psicológico y depresión, miedo, diversas restricciones de participación y riesgo aumentado de discapacidad y enfermedad avanzada. A la par se han ido informado muchos efectos negativos en los programas e intervenciones de salud pública, incluido el retraso en el diagnóstico y el tratamiento, lo que genera una morbilidad más grave y un pronóstico de tratamiento más precario en la mayoría de las afecciones. El encubrimiento puede resultar en una adherencia al tratamiento deficiente o incluso en el abandono del mismo, como se ha informado en patologías como la lepra, la tuberculosis, el VIH/SIDA, las enfermedades mentales en general y la epilepsia (Van Brakel 2006, Sartorius 2002).

El distanciamiento social general que comúnmente llegan a experimentar las personas con alguna enfermedad mental, se presenta como uno de los principales componentes que denotan el nivel de estigmatización hacia este tipo de pacientes (Angermeyer & Matschinger, 2005). En un estudio se encontró que las personas

que padecen cualquier enfermedad mental, tienden a ser más propensas a tener problemas para poder conseguir un trabajo, a permanecer desempleadas o bien a llegar a ser despedidas con mucha mayor frecuencia en comparación al resto de la población debido a la estigmatización que se puede observar en los ámbitos laborales sobre la patología psiquiátrica (Van Brakel 2006). En un estudio donde estuvieron involucrados 1851 pacientes que padecían un trastorno psiquiátrico de al menos 12 meses de evolución, se les administraron diferentes evaluaciones para buscar determinar el estigma percibido, los resultados obtenidos al final del estudio arrojaron que de 815 que fueron encontrados con una discapacidad significativa y a los que se les administraron ambas pruebas, 46.7% reportó haber experimentado emociones de vergüenza y el 18.0% reportó haber vivido o percibido experiencias de discriminación en diferentes ámbitos sociales en algún momento del curso de su patología, resultando en un 14.8% final con estigma percibido, de igual forma y secundario a lo mismo, todos los individuos con trastornos mentales demostraron tener un deterioro importante en la calidad de vida, lo cual permitió notar que el estigma social vivido se presenta como una carga adicional a la enfermedad entre las personas con trastornos mentales y contribuye a un deterioro mayor en la funcionalidad de vida de los afectados por estas patologías (Alonso et al., 2009).

Múltiples estudios que se han estado realizando a lo largo de los años han planteado la posibilidad en sus conclusiones, de que las actitudes estigmatizantes que llega a presentar la sociedad hacia la enfermedad mental y aquellos quienes la padecen, parecen estar fuertemente correlacionadas con los puntos de vista y entendimiento que se tienen sobre la causalidad de la patología, y con la creencia general de la población de que los enfermos mentales son peligrosos y violentos (Link et al 1987). En contraste con lo anterior, algunos estudios más recientes han demostrado que parece haber una asociación positiva entre tener una mayor familiaridad por parte de la población general con la información respecto a la enfermedad mental y sus causas y los niveles de aceptación subsecuentes que estos manifiestan hacia las personas con el padecimiento (Angermeyer et al., 2006). En un estudio comparativo que se realizó entre los trabajadores de la salud de Suiza y Brasil, y el nivel de estigmatización que llegan a presentar hacia el paciente psiquiátrico, se encontró

que pese a la diferencia de aporte económico a la salud y el esperable mayor entendimiento de la enfermedad mental que iría relacionado con el mismo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la aceptación social. (Des Courtis et al., 2008). Otros estudios han podido demostrar como en diferentes países de Europa, la población en general tiende a tomar conductas desaprobatorias para con los individuos que padecen alguna enfermedad mental, llegando en muchas ocasiones a ser incluso mayor la frecuencia con la que presentan estas actitudes que las observadas con las personas que padecen alguna discapacidad física, y esto además soliendo ser directamente proporcional al grado o características de la enfermedad psiquiátrica en cuestión, siendo percibidos la desaprobación o el rechazo más frecuentemente por aquellos individuos que presentan una enfermedad mental con características más severas (Corrigan et al., 2003).

Enfermedad mental y violencia

En un estudio donde se realizaron encuestas a un total de 2078 participantes, se demostró que la percepción social del estereotipo de "peligrosidad" que se tiene de las personas con enfermedades psiquiátricas, fue respaldado significativamente por 1203 de los encuestados (57.9%), mientras que la idea relacionada con la "dependencia" se respaldó por 438 encuestados (21.1%), mientras que por su parte se observó que el 52.0% de los encuestados respondió que definitivamente no se sentiría avergonzado si las personas supieran que alguien en su familia tiene una enfermedad mental, tan solo el 42.4% de los participantes no temería tener una conversación cercana con alguien con una enfermedad mental, y solamente el 19.3% no se sentiría molesto o incomodo de llegar a encontrarse en una misma habitación con alguien con enfermedad mental, por otra parte solo el 4.2% contestó que no estaría dispuesto a casarse con alguien con enfermedad mental, por lo que basándose en este sistema 310 (14.5%) de los participantes fueron categorizados dentro de la clasificación de "baja distancia social", 511 (24.6%) como de "distancia social moderada" y 1266 (60.9%) como de "alta distancia social" hacia los enfermos mentales (Adewuya et al., 2008).

La relación que existe entre la enfermedad mental y la tendencia a presentar conductas violentas ha sido un tema de debate a lo largo de mucho tiempo tanto dentro de las diferentes profesiones de la salud mental y sus distintos niveles, como para la sociedad global en general. Siendo a tal grado este hecho, que los debates en relación a la necesidad y la naturaleza del tipo de atención de salud brindada a las personas con enfermedades mentales, usualmente están basados en la idea de que es más probable que estas personas sean perpetradoras de actos violentos contra otros o contra sí mismos. Un ejemplo de esto lo podemos observar en la cuestión de que varios de los fundamentos jurídicos que buscan determinar las características generales que justifican el internamiento involuntario en casi todas las jurisdicciones estadounidenses se basan en el concepto de peligrosidad que pueden llegar a ejercer estos pacientes, en forma auto o heterodirigida. De manera similar, otro reflejo que evidencia esta percepción se presenta en gran parte de la oposición pública que hay hacia los programas basados en la comunidad para personas con enfermedades mentales, lo cual parece reflejar preocupaciones en relación a la posibilidad de que dichas personas puedan llegar a tornarse violentas hacia los demás y ponerlos en un riesgo (Lidz et al., 2007). Debido a esto se han llevado a cabo múltiples investigaciones centradas en la relación que existe entre los trastornos mentales y las conductas violentas, pero hasta ahora han arrojado resultados mixtos inconclusos, ya que mientras algunos estudios parecen apoyar un vínculo claro entre la enfermedad mental y la tendencia a la agresividad y violencia, otros se enfocan a la idea de que el abuso de sustancias u otros factores externos, y no la enfermedad psiquiátrica por sí misma, es lo que contribuye al riesgo de violencia entre los adultos con trastornos mentales, de esta forma en un estudio donde se compararon dos grupos (2001-2003 y 2004-2005) de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre el Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC), en el que se obtuvieron 34,653 participantes, en los análisis bivariados se encontró que la incidencia de violencia fue más elevada para las personas con enfermedades mentales graves, pero solamente de manera significativa para aquellos con abuso de sustancias y/o dependencia concurrente; sin embargo los análisis multivariados revelaron que las enfermedades mentales graves por sí solas no podían predecir la

violencia futura, en cambio, esta se encontró asociada con factores históricos del individuo (violencia pasada, abuso físico, registro de arresto de los padres), clínicos (abuso de sustancias, amenazas percibidas), sociodemográficos (edad, sexo, ingresos) y contextuales (divorcio reciente, desempleo, victimización) . La mayoría de estos factores fueron respaldados con mayor frecuencia por sujetos con enfermedades mentales graves (Elbogen & Johnson, 2009). Por su parte, otros estudios demuestran de igual forma que una historia de violencia es el predictor más significativo de una conducta violenta futura, siendo otros de los factores con valor predictivo que se incluyen el tener antecedentes de encarcelamiento, abuso de drogas o alcohol y ser víctima de abuso infantil. Siendo que de las diversas variables clínicas que se han podido estudiar hasta la fecha, los correlatos más fuertes para poder anticipar el riesgo del comportamiento agresivo en pacientes psiquiátricos son la presencia de una psicopatología severa, principalmente con el diagnóstico de esquizofrenia o trastorno de la personalidad, la comorbilidad con un uso o abuso de sustancias, antecedentes de comportamiento violento y admisión obligatoria en instituciones (Krakowski et al 2004, Serper et al 2005).

Respecto a los datos de la frecuencia con la que estos eventos se llegan a presentar, en diferentes revisiones bibliográficas, si bien se ha encontrado que la tendencia a la agresividad parece ser más frecuente en los pacientes psiquiátricos que en la población en general, y más aún en los pacientes hospitalizados que cuentan con algún tipo de psicosis, los porcentajes parecen oscilar entre el 10 y el 31.5% con relación al nivel de desarrollo del país en cuestión, siendo mayor para los países en vías de desarrollo (Rivera Bedoya & Navia Bueno 2017).

Respecto a eventos ocurridos en relación al internamiento, en un estudio donde se evaluaron a 303 pacientes al momento del internamiento agudo en hospitales, 90 de ellos reportaban haber perpetrado algún tipo de agresión física (29.7%) y 96 de agresión verbal (31.7%) en el mes anterior al momento de la admisión; posterior al momento de su ingreso, 75 de los pacientes fueron responsables de episodios de agresión física auto o heterodirigida (24,8%) y 37 de episodios de agresión verbal

(12,2%); durante el periodo total de hospitalización hubo 173 episodios de agresión física, siendo las víctimas de las conductas violentas los trabajadores de la salud (psiquiatras, psicólogos, residentes, enfermeras) en 101 casos, otros pacientes en 66 casos y cuidadores del paciente en 6 de los casos. Los pacientes agresivos en comparación con los no agresivos eran predominantemente hombres (68,3% vs 47,0%) y tenían con mayor frecuencia el antecedente de vivir con sus padres o familiares (47,5% vs 32,5%), durante este estudio no se presentaron diferencias significativas respecto al tipo de diagnóstico, pero los pacientes agresivos tenían más probabilidades de haber abusado de sustancias en el pasado (43.0% vs 31.6%) y de haber exhibido una expresión significativamente mayor de agresión física en la anamnesis (47.8% vs 13,7%) (Amore et al 2008). En otro estudio donde participaron 225 pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar indistintamente de sus diagnósticos, y que se realizó dentro de un periodo de seis meses, la agresividad encontrada mediante los instrumentos resultó en cuadros de agresión leve en el 67.6% de los casos, agresión moderada en el 19.6% y agresión alta en el 12.9%. El nivel de agresividad fue más alto en los pacientes hombres, con un nivel socioeconómico alto, y en pacientes con trastornos de control de impulsos, trastornos de ansiedad, esquizofrenia y trastornos por uso de sustancias o debidos a enfermedades médicas (Martínez-Tenorio et al., 2007).

Justificación:

El motivo de este estudio surge al observar lo frecuente que es la estigmatización y el rechazo a los pacientes con patologías psiquiátricas, como se observó en el estudio de Alonso et al., 2009, de un grupo de 1851 pacientes que padecían un trastorno psiquiátrico, al administrar evaluaciones para determinar el estigma percibido, 46.7% reportó haber experimentado vergüenza y 18.0% reportó experiencias de discriminación en diferente ámbitos sociales en algún momento del curso de su patología, dando 14.8% con estigma percibido, secundario a lo mismo, todos demostraron un deterioro importante en la calidad de vida, demostrando que el estigma social vivido se presenta como una carga adicional a la enfermedad entre las personas con trastornos mentales y contribuye al deterioro en la funcionalidad de vida de los afectados. En el estudio de Adewuya et al., 2008 de 2078 participantes, el 57.9% admitió una percepción de peligrosidad de los pacientes.

Loa anterior muestra la situación que propicia una de las principales limitantes que se tienen en la práctica de la psiquiatría para que los usuarios afectados y sus familiares busquen e inicien manejo, o incluso lo mantengan, dado el prejuicio general que reciben dichas patologías por el público en general y que llega a limitar el apoyo de los círculos sociales del individuo, e incluso por algunos miembros del propio personal de salud, llegando a ser mostrado como causa de temor, discriminación y aislamiento social, considerando incluso la necesidad de hospitalización en una institución como un reflejo de ello y de la supuesta peligrosidad de los individuos institucionalizados.

Por lo que valorar la correlación real entre ambos fenómenos es indispensable para darnos la oportunidad de reducir el estigma que padecen los pacientes psiquiátricos relacionado con la violencia y esclarecer su imagen en la sociedad y ante los profesionales de la salud, permitiendo en un futuro mejorar las opciones de atención oportuna y adecuada.

Planteamiento del problema

La problemática de esta tesis surge a partir de observar el estigma y rechazo que se tiene hacia la idea de la enfermedad y el enfermo psiquiátrico aún en tiempos actuales, lo anterior debido en gran medida a que en la sociedad y en el propio ámbito de los profesionales de la salud se tiene la idea general de que los pacientes psiquiátricos son altamente agresivos e implican un riesgo para la seguridad de la población en contacto y de los profesionales al cargo de su cuidado, lo que muchas veces lleva a dichos individuos a vivir una clara discriminación social e incluso una atención deficiente en servicios de salud general, procesos que llevan a tener a los usuarios una búsqueda tardía de la atención ante el temor de la sola idea de padecer una enfermedad psiquiátrica, así como mantener pobre adherencia al tratamiento y de paso recibir poco apoyo social y familiar durante su proceso de enfermedad, todo esto desencadenando como fin último en contribuir al deterioro global de la funcionalidad y calidad de vida del individuo con una patología psiquiátrica.

Conocer la frecuencia real con la que los usuarios con patología psiquiátrica internados en un hospital psiquiátrico presentan actos violentos hacia el personal de salud, puede ser la primera forma de intervenir y comenzar a cambiar la idea general que se tiene sobre la patología psiquiátrica y quienes la padecen.

Lo que nos lleva a hacer la pregunta:

¿Cuál es la frecuencia con la que los pacientes internados en las distintas salas de un hospital psiquiátrico presentan actos violentos contra el personal de salud durante su internamiento?

Hipótesis

- Los pacientes psiquiátricos hospitalizados presentan con poca frecuencia actos violentos contra el personal de salud.

Objetivos

- **Generales**

Identificar la frecuencia con la que los pacientes hospitalizados de un hospital psiquiátrico presentan conductas violentas dirigidas al personal de salud.

- **Específicos**

1. Determinar tipo de violencia (verbal, física auto dirigida, física heterodirigida, contra objetos) de acuerdo a la escala de agresividad manifiesta en pacientes psiquiátricos internados
2. Identificar los diagnósticos más frecuentes asociados a conductas violentas en pacientes psiquiátricos internados.
3. Identificar factores sociodemográficos asociados a conducta violenta en pacientes psiquiátricos internados.

Material y métodos

- **Tipo de estudio**

Descriptivo, observacional, transversal, prolectivo y de población Homodémico.

- **Ubicación espacio-temporal**

Se ubicará en el hospital psiquiátrico Dr. Rafel Serrano “Batan” de Puebla, en las salas de pacientes agudos y crónicos de hombres y mujeres a lo largo de los meses de diciembre de 2020 a marzo de 2021, debido a las limitantes temporales por la contingencia sanitaria de covid-19

- **Estrategia de trabajo**

Se revisarán las bitácoras de enfermería y los reportes de cada guardia de los médicos residentes, en busca de reportes de conductas violentas por parte de los pacientes, a lo largo del periodo de 4 meses, corroborando con el total de valoraciones realizadas a los pacientes internados durante este periodo, así como revisando los expedientes de los usuarios para la extracción de datos sociodemográficos (edad, sexo), así como el diagnostico psiquiátrico o sindromático.

- **Muestreo**

- **Unidad de población**

Pacientes internados en las distintas salas del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, durante las fechas de diciembre de 2020 a marzo de 2021

- **Criterio de elección de las unidas de muestreo**

- Criterios de inclusión

-Pacientes internados en el hospital psiquiátrico durante los meses de diciembre de 2020 a marzo de 2021.

-Contar con una patología psiquiátrica establecida.

- Criterios de exclusión

-Pacientes con síndrome confusional o estado de conciencia alterado

-Reportes de pacientes no documentado (reporte verbal)

- Criterios de eliminación

-Expediente incompleto.

-Diagnostico no establecido durante el internamiento.

-Reportes incompletos o inadecuados que no discernan entre agitación o conducta violenta.

- **Diseño y tipo de muestreo**

Muestreo no probabilístico, por conveniencia

- **Tamaño de la muestra**

El tamaño de la muestra será limitado a un muestreo por conveniencia de los pacientes disponibles en las fechas establecidas, lo anterior debido a la contingencia sanitaria de covid-19 presente en el país, misma que ha limitado la cantidad de usuarios internados.

Definición de variables y escalas de medición

- Cuadro de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Tipo de escala	Instrumento
Conducta violenta	Uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones	Acción deliberada con la intención de dañar a otros y que se manifiesta de forma verbal o física contra objetos o personas	Cualitativa	Cualitativa	Escala de agresividad manifiesta
Sexo	Características morfofisiológicas que diferencian al hombre de la mujer	Características morfofisiológicas que diferencian al hombre de la mujer	Cualitativa Nominal	Cualitativa	Entrevista/ Expediente

Edad	Periodo transcurrido en años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha actual	Años de vida cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa	Cuantitativa	Entrevista/ Expediente
Trastorno psiquiátrico/mental	Combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.	Patologías de carácter psiquiátrico diagnosticadas y determinadas por el equipo de psiquiatría	Cualitativa Nominal	Cualitativa	Entrevista/ Expediente
Sala/tipo de internamiento	Área específica del hospital en la cual cursa su internamiento el paciente	Área específica del hospital en la cual cursa su internamiento el paciente	Cualitativa Nominal	Cualitativa	Reportes de guardia

- **Instrumentos de medición**

Para apoyar la valoración de los médicos residentes y determinar adecuadamente la presencia de un episodio de agresividad o violencia, se empleó la Escala de Agresividad Manifiesta, la cual permite evaluar objetivamente la agresividad a través de cuatro de sus variantes principales que serían: verbal, física contra objetos, física contra uno mismo y física contra otras personas. Siendo que cada uno de estos aspectos es evaluado tanto a nivel de gravedad como de frecuencia; midiéndose la gravedad a través de una serie de respuestas tipo Likert que van en valores desde 1 a 5, mientras que, por su parte, la frecuencia se evalúa indicando el número de veces que se ha presentado en el último mes las diferentes conductas descritas.

Para su corrección se obtiene una puntuación global a través de la suma de los diferentes ítems (aquí las respuestas de frecuencia no se tienen en cuenta), donde a una mayor puntuación, corresponde una mayor gravedad.

En estudios de validación que compararon la escala con el Índice de Violencia de Plutchik, se pudo observar que la sensibilidad de la prueba llega a ser de hasta el 97.8%, siendo altamente sensible en relación con la especificidad que resulta ser baja, dando solo un 41.9%. De igual forma el valor predictivo positivo muestra una probabilidad de tener un resultado positivo cuando en realidad hay agresividad de 78.3% y la probabilidad de tener un resultado negativo en la nueva prueba cuando en realidad no hay agresividad del 90% (Rivera Bedoya & Navia Bueno 2017). Un estudio realizado en población mexicana con esquizofrenia, determino que un punto de corte de 7 puntos mostró contar con valores de sensibilidad (0.80) y especificidad (0.97), lo que parece indicar que a partir de esta puntuación es confiable poder hacer una categorización de la presencia o ausencia de la conducta violenta en pacientes (Fresán et al 2004).

Tomando en cuenta lo anterior, la Escala de Agresividad Manifiesta se consideró la más adecuada para el modelo del estudio debido a su cualidad de ser heteroaplicada, previniendo la limitante que podría presentarse en caso de pacientes con un episodio psicótico activo, o aquellos que no se comunican verbalmente o en forma inteligible.

Características	
Tipo de Instrumento	Estructurado
Tipo de Administración	Heteroaplicado
Número de Reactivos	4
Tiempo de Administración	<= 10 minutos
Área Terapéutica	Sintomatología

Método de recolección de datos

Se realizará mediante la revisión del expediente de los usuarios internados para obtener los datos sociodemográficos de los usuarios que presenten un evento de conducta violenta, así como a través de los reportes de guardia realizados por los

médicos residentes diariamente, en los que se identificó el registro de valoraciones internas por casos de conducta violenta por los usuarios, habiéndose apoyado durante la valoración por la escala de agresividad manifiesta.

Técnicas y procedimientos

Se recabaron copias digitales de todos los reportes de guardia de cada día realizados por los médicos residentes durante el periodo del 01 diciembre de 2020 al 31 de marzo de 2021. De dichos reportes se extrajeron los datos de los pacientes valorados y referidos con conductas violentas y la sala específica en la que cursan su internamiento en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano; posteriormente se obtuvieron los datos de edad y sexo, así como el diagnóstico de sus expedientes. Los reportes de conducta violenta fueron primeramente hechos por el personal de enfermería a cargo de las respectivas salas, y los pacientes fueron valorados por los médicos residentes de guardia para determinar si se trataba de una conducta violenta o de agitación secundaria a otra causa, apoyándose durante esta valoración con la escala de Agresividad manifiesta.

Análisis de datos

Se empleó el programa SPSS en su versión 22.0 para el análisis de datos estadísticos.

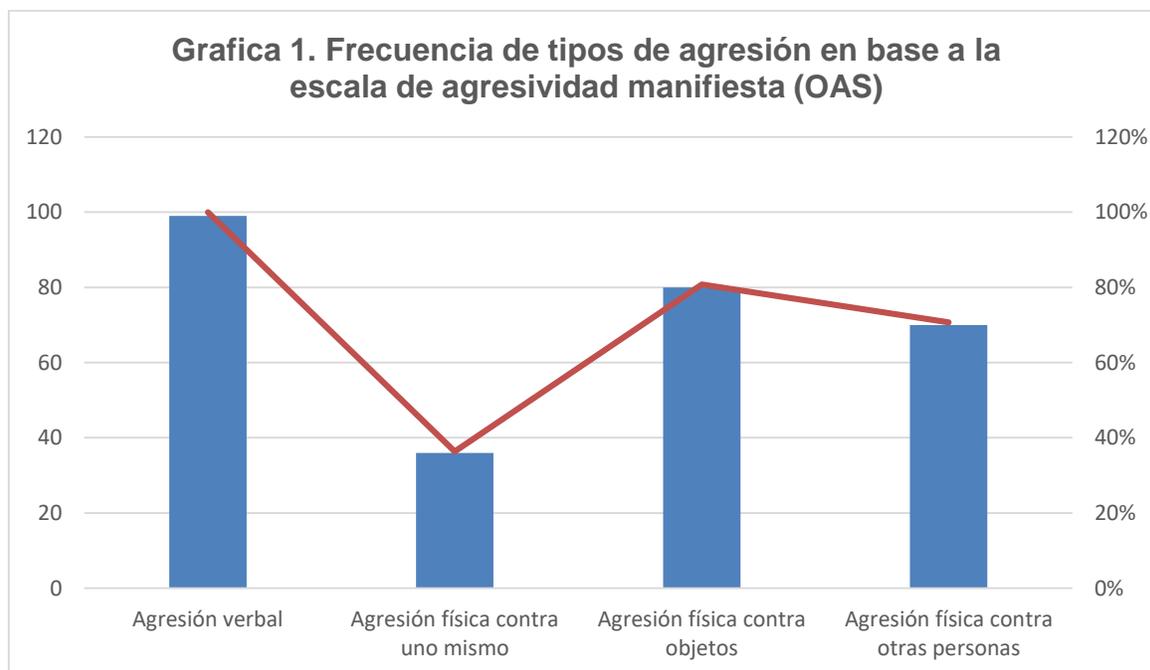
Resultados

Durante el periodo comprendido se realizaron un total de 433 valoraciones en las distintas salas por los médicos residentes, de éstas, 99 fueron debido a conductas violentas (22.86%), mientras que el resto de las valoraciones fueron por otras causas diversas como enfermedades gástricas, infecciones respiratorias, traumatismos leves, entre otras (Cuadro 1).

Cuadro 1. Comparación de los reportes de valoraciones generales y por conductas violentas a lo largo de los meses

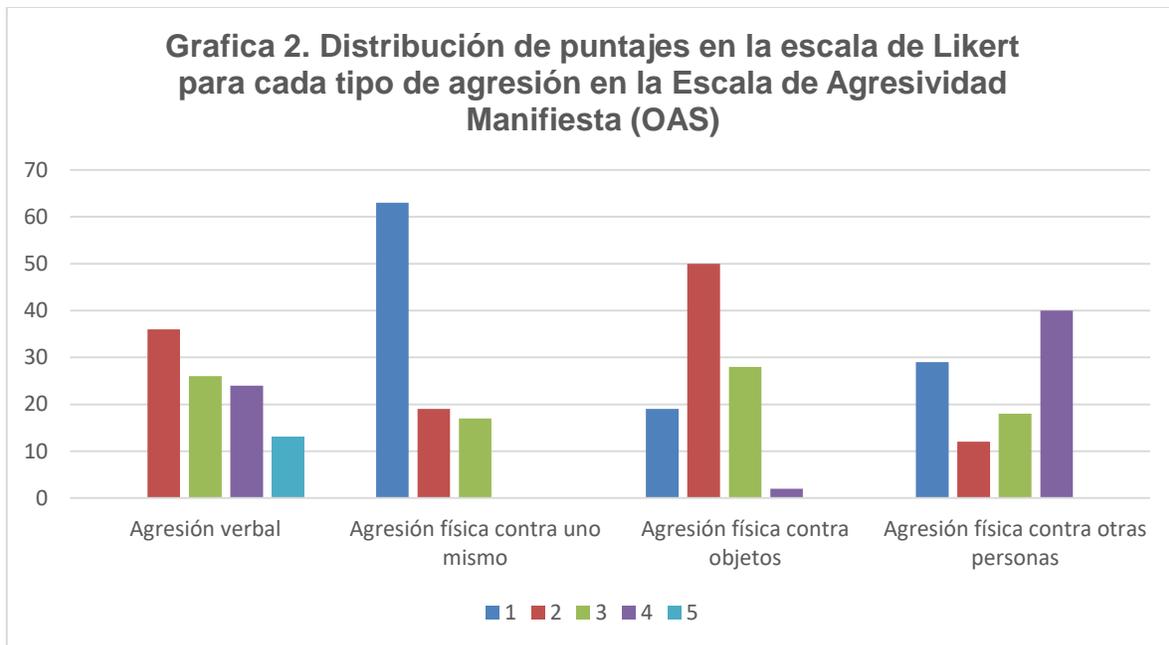
MES	Valoraciones reportadas por cualquier causa		Valoraciones por conductas violentas en agudos hombres		Valoraciones por conductas violentas en agudos mujeres		Valoraciones por conductas violentas en crónicos hombres		Valoraciones por conductas violentas en crónicos mujeres		Sumatoria	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
DIC	109	25.17 %	5	4.59 %	12	11.01 %	12	11.01 %	9	8.26 %	38	34.86 %
ENERO	132	30.48 %	1	0.76 %	2	1.52 %	8	6.06 %	5	3.79 %	16	12.12 %
FEBRERO	84	19.40 %	4	4.76 %	2	2.38 %	4	4.76 %	6	7.14 %	16	19.05 %
MARZO	108	24.94 %	3	2.78 %	2	1.85 %	9	8.33 %	15	13.89 %	29	26.85 %
TOTALES	433	100%	13	3.00%	18	4.16	33	7.62%	35	8.08%	99	22.86%

En estas valoraciones, al aplicar la escala de agresividad manifiesta, se encontró que, de los 99 reportes de conducta violenta, en los 99 casos (100%) se presentó agresión verbal en algún grado, 36 veces (36.36%) se presentó agresión física contra uno mismo, 80 veces (80.8%) hubo agresión a objetos y 70 veces (70.7%) se presentó algún grado de agresión física a terceros (Grafica 1).

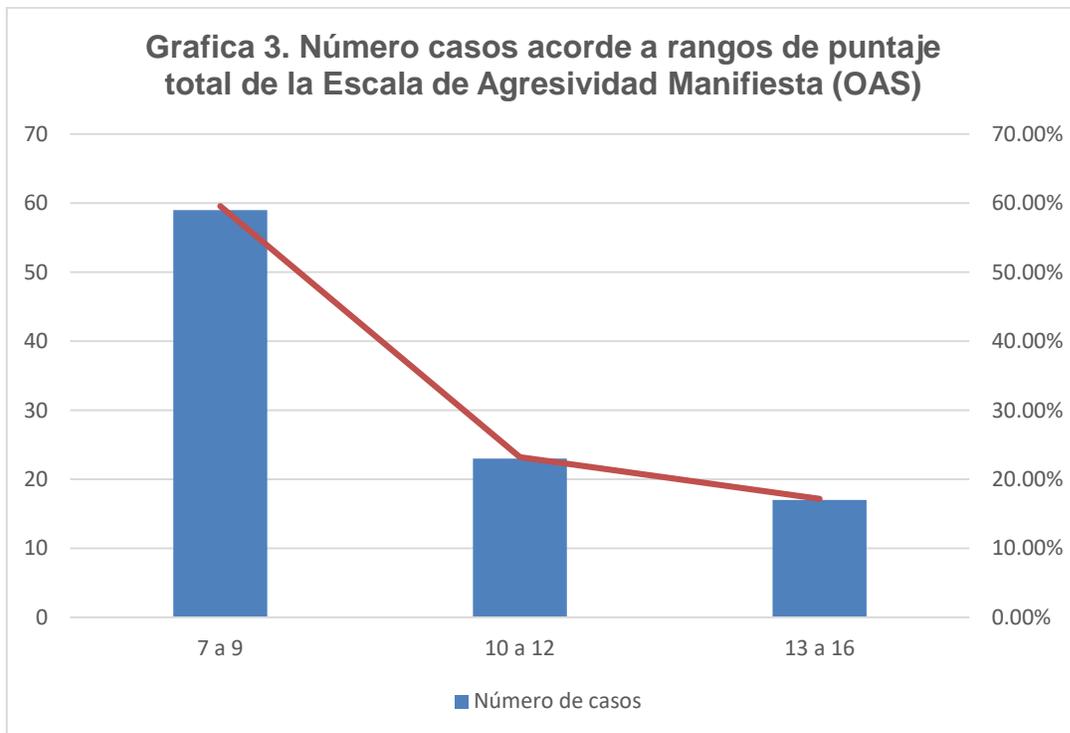


En los valores individuales en las escalas de Likert para cada aspecto, en agresión verbal, la mayor proporción se encontró con puntaje para grado 2 (36.36%); en

Agresión física contra uno mismo, la mayor proporción no la presento, lo que equivaldría al grado 1 (63.63%); para Agresión física contra objetos, nuevamente la mayoría se colocó predominantemente en el grado 2 (50.5%); finalmente en el rubro de Agresión física contra otras personas, la mayor proporción presento el grado 4 (40.4%) (Grafica 2).



Respecto al puntaje total para estimar la severidad de cada evento, si bien los 99 reportes cumplieron con el puntaje mayor a 7 esperado para poder clasificar como evento de agresividad, 59 casos (59.59%) estuvieron en el rango de 7 a 9 puntos, 23 casos (23.23%) en el rango de 10 a 12 puntos y 17 casos (17.17%) en el rango de 13 a 16 puntos (Grafica 3).



Del total de valoraciones por conductas violentas, se encontró que los diagnósticos más frecuentemente asociados fueron en primer lugar el Trastorno Bipolar (29.3%), seguido por los diagnósticos de Discapacidad intelectual moderada (18.2%), Esquizofrenia (15.2%), Discapacidad intelectual no especificada (13.1%), Epilepsia (9.1%), y el resto se distribuyó en porcentajes de 1-3% en otras patologías (Cuadro 2).

Cuadro 2. Frecuencia de diagnósticos en reportes de valoraciones por conductas violentas

Diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Discapacidad intelectual moderada	18	18.2	18.2	18.2
Discapacidad intelectual moderada + Epilepsia	3	3.0	3.0	21.2
Trastorno depresivo mayor + Huntington	1	1.0	1.0	22.2
Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de alcohol	1	1.0	1.0	23.2
Discapacidad intelectual profunda	1	1.0	1.0	24.2
Trastorno mental y del comportamiento por múltiples sustancias	1	1.0	1.0	25.3
Trastorno psicótico orgánico + Epilepsia	1	1.0	1.0	26.3
Discapacidad intelectual no especificada	13	13.1	13.1	39.4
Epilepsia	9	9.1	9.1	48.5
Esquizofrenia	15	15.2	15.2	63.6
Trastorno Bipolar	29	29.3	29.3	92.9
Trastorno esquizoafectivo bipolar	3	3.0	3.0	96.0
Trastorno neurocognitivo mayor + epilepsia	1	1.0	1.0	97.0
Trastorno psicótico no especificado	2	2.0	2.0	99.0
Discapacidad intelectual grave	1	1.0	1.0	100.0
Total	99	100.0	100.0	

Con respecto a las características sociodemográficas de los pacientes reportados, la proporción en el sexo fue de 45.5% en hombres y 54.5% en mujeres, en ambos

sexos con un rango de edad comprendido entre 18 y 86 años teniendo una media de 41.95 (Cuadro 3 y 4).

Cuadro 3. Frecuencia en relación al sexo de pacientes en reportes de conductas violentas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	hombre	45	45.5	45.5	45.5
	mujer	54	54.5	54.5	100.0
	Total	99	100.0	100.0	

Cuadro 4. Relación de la edad de pacientes hombres y mujeres en reportes de conductas violentas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EDAD	97	18	86	41.95	15.806
N válido (por lista)	97				

En cuanto a la relación al tipo de internamiento, se observó una mayor frecuencia de eventos en los pacientes con un internamiento crónico, siendo la proporción observada en las salas de internamiento agudo de 32.3%, en comparación a las salas de internamiento crónico 67.7% (Cuadro 5).

Cuadro 5. Frecuencia de pacientes reportados por conducta violenta, por tipo de internamiento en salas de agudos o crónicos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	agudos	32	32.3	32.3	32.3
	crónicos	67	67.7	67.7	100.0
	Total	99	100.0	100.0	

Discusión

A través de este estudio, se describió la frecuencia con la que los pacientes internados en el hospital psiquiátrico llegan a presentar conductas violentas entre ellos o con el personal, así como los diagnósticos que más frecuentemente se llegan a ver asociados a estos eventos. El valor de frecuencia de las conductas violentas que obtuvimos al final del periodo del estudio del 22.86% resulta consistente con el rango que se había estimado considerando el tipo de población y nivel de desarrollo del país tal como se refiere en los análisis realizados en otros países de otros países donde se habla de un rango entre el 10 y el 31.5% según el nivel de desarrollo (Rivera Bedoya & Navia Bueno 2017). Por otro lado, resulta llamativo como pese a lo referido por los estudios y lo esperado por la opinión social, diagnósticos como el de la Esquizofrenia (Martínez-Tenorio et al., 2007), no se mostraron como el más presente asociado en estos eventos en nuestra población, siendo este puesto tomado por el Trastorno Bipolar y la discapacidad intelectual principalmente con 29.3% y 18.2% respectivamente; de igual forma, a diferencia de lo esperado por lo referido en la mayoría de los estudios realizados en otros países, donde el sexo masculino tiene una mayor frecuencia de expresión de agresividad y conductas violentas (Amore et al 2008, Biancosino et al 2009), en los reportes de nuestra población de muestra tuvimos una mayor frecuencia en los pacientes de sexo femenino en comparación con los pacientes del sexo opuesto.

Cabe señalar que nuestro estudio nos ha permitido evaluar también la condición comparativa entre los pacientes que cursan con un internamiento agudo contra los pacientes que se mantiene en un internamiento crónico, siendo mucho mayor la frecuencia con la que los pacientes de internamiento crónico llegan a presentar las conductas violentas en comparación con los pacientes de un internamiento de agudos.

De igual forma, los resultados obtenidos en el puntaje de la escala de agresividad manifiesta, contrasta que en nuestra población hubo un predominio de agresividad verbal estando está presente en el 100% de los casos en relación con los otros tipos

de agresión que oscilaron entre el 36.36 al 70.7%, siendo que en otros estudios es referido un predominio de la agresividad física sobre la verbal (Amore et al 2008); mientras que si bien, la escala no está hecha para clasificar el nivel de agresividad, el rango de puntajes sumados de cada aspecto nos permite llegar a estimar un cierto nivel de severidad del cuadro, siendo que aquí nuestros valores mostraron tener un predominio mayor en los rangos de agresión moderada y alta (23.23% y 17.17% respectivamente) en comparación con los obtenidos en otros estudios (19.6% y 12.9% (Martínez-Tenorio et al., 2007).

Limitaciones

Dentro de las limitaciones principales que presento el estudio, fue el efecto de la contingencia sanitaria por la pandemia de COVID 19, la cual limito el número de la muestra principalmente respecto a las salas de internamiento de agudos mujeres y hombres, ya que debido a las medidas que la institución tuvo que aplicar para prevenir los riesgos de contagio, el número de pacientes internados y la frecuencia con la que ocurrían los internamientos fue más limitada de lo habitual; así mismo existe la posibilidad de haber causado un sesgo, ya que por las políticas de aislamiento social, los pacientes con un internamiento crónico que suelen deambular más libremente por las instalaciones de su área, se vieron obligados a una situación de confinamiento, lo cual pudo haberse visto reflejado en un aumento de la irritabilidad, agitación y otras condiciones que finalmente propiciaran el aumento de las conductas violentas. De igual forma la situación de contingencia creo un aumento en la frecuencia de las valoraciones por motivos de signos de infección respiratoria ante el riesgo de tener cuadro de infección por COVID 19.

Fortalezas

Las fortalezas principales del estudio incluyen el ser el primero de este tipo que se realiza en la institución, dando pie a futuras investigaciones que tomen como punto de partida los datos obtenidos en este estudio para abordar otros aspectos como la comparativa entre pacientes ambulatorios e internados, o pacientes con y sin patología psiquiátrica, o bien una comparativa contra la violencia estimada por la

sociedad o los miembros del personal de salud. Así como el hecho de que como se mencionó anteriormente, permite un análisis comparativo que incluye las poblaciones de pacientes con internamiento por cuadro agudo y los pacientes con patología crónica, siendo de los pocos en incluir ambas.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en nuestro estudio se mantienen consistentes con la hipótesis planteada sobre que la frecuencia con la que los pacientes psiquiátricos presentan conductas violentas no es tan elevada como se llega a pensar muchas veces, manteniéndose los valores dentro del rango de porcentaje observado en otras culturas o países, así como teniendo un mayor porcentaje de características leves a moderadas y enfocado mayoritariamente en la agresividad verbal por sobre la física, siendo esto último algo a tener en cuenta dado que el principal temor de las personas radica en la idea de sufrir una agresión o daño por estos pacientes.

En general, si bien es cierto que algunos pacientes con ciertos tipos de patologías psiquiátricas como las descritas en nuestro estudio, y probablemente en sumatoria con condiciones ambientales específicas pueden ser capaces de llegar a presentar conductas violentas, la idea no debe extenderse a ser considerada un sinónimo conjunto de la enfermedad psiquiátrica por igual. Es necesario realizar más estudios para poder aislar con mayor precisión las causas específicas que ponen en riesgo de llegar a presentar estas conductas a los pacientes en un intento de buscar prevenirlas de ser posible, o tomar las medidas pertinentes de cuidado sin caer en las conductas desproporcionadas actuales y que solo fomentan la sensación de aislamiento y el maltrato a los pacientes con enfermedad psiquiátrica, tanto por los miembros de la sociedad general como por el personal de salud a cargo de su cuidado o en instituciones de atención general.

La realización de este estudio, permite comenzar a tener una base de datos propia con individuos de nuestra población, siendo en esta etapa inicial el conocer la

frecuencia y posible severidad de los cuadros, así como características sociodemográficas y clínicas, como son los diagnósticos específicos, el rango de edades y el sexo de los pacientes que son más propensos a presentar estas condiciones, de esta forma podemos dar pie a en un futuro realizar comparativas con otros aspectos como lo serían los pacientes ambulatorios o sin patología psiquiátrica, buscando mejorar así la situación de rechazo y estigmatización que viven en la sociedad actual, siendo esta de particular importancia ya que dichas conductas de aislamiento generan una merma en la calidad de vida de todos estos pacientes, lo cual se suma a las dificultades y malestares propios que conlleva la enfermedad por sí sola, dificultando aún más las condiciones de vida de estas personas y favoreciendo con lo mismo una evolución menos favorable y más tórpida en el curso de su enfermedad.

Anexos

4.5. Escala de Agresividad Manifiesta (Overt Aggression Scale, OAS)

Agresión verbal	<i>N.º de veces</i>
1. No presenta	
2. Habla en voz muy alta, grita con enfado	
3. Insultos personales sin gran importancia (p. ej., «¡Eres tonto!»)	
4. Juramentos continuos, usa un lenguaje malsonante cuando está enfadado, amenazas moderadas a otros o a sí mismo	
5. Realiza claras amenazas de violencia a otros o a sí mismo («te voy a matar»), o precisa ayuda para controlarse a sí mismo	
Agresión física contra uno mismo	
1. No presenta	
2. Se rasga o punza la piel, se golpea a sí mismo, se tira del pelo (en ausencia de daño o cuando éste es mínimo)	
3. Golpea objetos romos con la cabeza o los puños, se arroja al suelo o a objetos romos (se produce heridas pero sin un daño grave)	
4. Pequeños cortes o hematomas, quemaduras leves	
5. Automutilaciones, se hace cortes profundos, se muerde hasta sangrar, se produce lesiones internas, fracturas, pérdida de conciencia o pérdida de los dientes	
Agresión física contra objetos	
1. No presenta	
2. Da portazos, desparrama la ropa, lo desordena todo	
3. Arroja objetos contra el suelo, da patadas a los muebles sin llegar a romperlos, hace marcas en las paredes	
4. Rompe objetos, como las ventanas y cristales	
5. Prende fuego, arroja objetos peligrosamente	
Agresión física contra otras personas	
1. No presenta	
2. Realiza gestos amenazantes, zarandea a las personas, les agarra de la ropa	
3. Golpea, da patadas, empuja y tira del pelo a otras personas (sin daño para ellas)	
4. Ataca a otras personas causando daños físicos de leves a moderados (hematomas, esguinces, contusiones)	
5. Ataca a otras personas causando daños físicos graves (huesos rotos, laceraciones profundas, lesiones internas)	

Bibliografía:

1. Adewuya, R., Abiodun, O., & A., M. (2008). Social distance towards people with mental. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42:389-395.
2. Alonso, J. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 180-186.
3. Amore, M. M., Menchetti, M. M., Tonti, C. P., Scarlatti, F. M., Lundgren, E. M., Esposito, W. M., & Berardi, D. M. (2008). Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: Clinical study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62: 247–255.
4. Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 331-334.
5. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113:163-179.
6. Biancosino, B., Delmonte, S., Grassi, L., Santone, G., Preti, A., Miglio, R., de Girolamo, G., & PROGRES-Acute Group (2009). Violent behavior in acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(10), 772–782.
7. Corrigan, P., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J.G., Campbell, J., 2003. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* 54 (8), 1105–1110.
8. de Schutter, M. A., Kramer, H. J., Franken, E. J., Lodewijkx, H. F., & Kleinepiers, T. (2016). The influence of dysfunctional impulsivity and alexithymia on aggressive behavior of psychiatric patients. *Psychiatry research*, 243, 128–134.
9. Des Courtis, N., Lauber, C., Trujillo Costa, C., & Cattapan-Ludewig, K. (2008). Beliefs about the mentally ill: A comparative study between healthcare professionals in Brazil and in Switzerland. *International Review of Psychiatry*, 503-509.
10. Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 152-161.
11. Fresán, A., Apiquian, R., de la Fuente-Sandoval, C., García-Anaya, M., & Nicolini, H. (2004). Sensibilidad y especificidad de la Escala de Agresión Explícita en pacientes con esquizofrenia [Sensitivity and specificity of the Overt Aggression Scale in schizophrenic patients]. *Actas españolas de psiquiatría*, 32(2), 71–75.
12. Krakowski M, Czobor P (2004) Gender differences in violent behaviour: Relationship to clinical and psychosocial factors. *Am J Psychiatry*. 161: 459 – 465.
13. Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002
14. Lidz, C. W., Banks, S., Simon, L., Schubert, C., & Mulvey, E. P. (2007). Violence and mental illness: A new analytic approach. *Law and Human Behavior*, 23–31.

15. Link BG, Cullen FT, Frank J. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *Am J Sociol* 1987; 92:1461-1500.
16. Martínez-Tenorio, F. N., Hernández-Daza, M., & Chávez-Dueñas, M. (2007). Niveles de agresividad e impulsividad en pacientes psiquiátricos de un hospital de tercer nivel. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.*, 35-40.
17. Rivera Bedoya, Mónica, & Navia Bueno, Maria del Pilar. (2017). Validación de la “Escala de Agresividad Manifiesta” en pacientes psicóticos atendidos en el servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas Universitario. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 58(2), 28-34.
18. Sartorius N. Fighting stigma: theory and practise. *World Psychiatry* 2002; 1:26-27.
19. Serper MR, Goldberg BR, Herman KG, Richarme D, Chou J, Dill CA, Cancro R (2005) Predictors of aggression on the psychiatric inpatient service. *Compr Psychiatry*. 46:121–127.
20. Van Brakel, W.H., 2006. Measuring health-related stigma—a literatura review. *Psychology, Health & Medicine* 11 (3), 307–334.
21. Vicens, E. (2006). Violencia y enfermedad mental. *Rev Esp Sanid Penit*, 95-99.